

**Psychiatr. Pol. 2013; 47(6): 1041–1050**

ISSN 0033-2674

[www.psychiatriapolska.pl](http://www.psychiatriapolska.pl)

## **Rola zjawiska przedwczesnego wnioskowania w powstawaniu urojeń**

### **The role of the jumping to conclusion bias in delusions formation**

Jagoda Różycka, Katarzyna Prochwicz

Instytut Psychologii UJ  
Kierownik: prof. dr hab. W. Łosiak

#### **Summary**

The results of many researches indicate that individuals with delusions reveal the reasoning bias. In probabilistic reasoning tasks they reveal hastiness in decision – making. The individuals with delusions request less information than non – deluded individuals, even if additional data is easily available. What is more, they also prove to be convinced to a greater extend of having made the right decision. This finding has been replicated by a number of studies. However, the previous researches have not confirmed the origins of ‘jumping to conclusion’ bias, and its role in the process of forming delusions has not been yet confirmed. The article in question contains the review of the results of the jumping to conclusion bias in people with delusions. It discusses the main hypotheses explaining the relations between the hasty decision making and the delusions formation. The article also deals with the specifics of ‘jumping to conclusion’ bias in case of individuals with delusions, as well as summarizes its relation to factors such as the level of intelligence or the intensity of delusion.

**Słowa kluczowe:** urojenia, wnioskowanie, podejmowanie decyzji

**Key words:** delusions, reasoning bias, jumping to conclusion

#### **Wstęp**

Wśród współczesnych teorii dotyczących mechanizmów powstawania zaburzeń myślenia coraz większą popularność zyskuje hipoteza, według której w formowaniu się urojeń kluczową rolę odgrywają zaburzenia wnioskowania. Zgodnie z tą teorią osoby doświadczające urojeń charakteryzują się specyficznym stylem wnioskowania polegającym na szybkiej akceptacji i równie szybkim odrzucaniu pojawiających się hipotez [1–8]. Pospiesznie przyjmują pierwsze wnioski, pomimo niewystarczającej liczby potwierdzających je dowodów, a następnie całkowicie je odrzucają, gdy pojawią się nowe, sprzeczne z nimi dane. Zjawisko to opisywane jest w literaturze jako „pochopte wyciąganie wniosków” („przeskakiwanie do konkluzji”, jumping to conclusion bias) [1, 3, 5, 7, 9–11]. Ocenia się, że dotyczy ono od 40 do 70% osób doświadczających

urojeń [1, 2, 5, 7, 11–15]. Jego występowanie potwierdzono także u pacjentów w trakcie pierwszego epizodu schizofrenii [16], w grupie chorych na schizofrenię, u których nie obserwowano urojeń [6], i u osób w remisji [17]. Tendencję do pochopnego wyciągania wniosków obserwowano także u krewnych pacjentów z diagnozą schizofrenii [18] i u osób zdrowych, u których stwierdza się tzw. wysoką podatność na urojenia [19]. Powszechność zjawiska przedwczesnego wnioskowania wśród osób z różnym stopniem zaawansowania zaburzeń psychiatrycznych z jednej strony wskazuje na jego istotną rolę w kształtowaniu obrazu choroby na każdym etapie jej rozwoju, z drugiej jednak – utrudnia poznanie jego rzeczywistej funkcji, jaką pełni ono w powstawaniu i podtrzymywaniu objawów zaburzeń psychicznych.

### **Metody badań zjawiska przedwczesnego wnioskowania**

Większość danych empirycznych dotyczących zjawiska przedwczesnego wnioskowania pochodzi z badań, w których wykorzystano zadanie z koralikami [20]. W zadaniu tym osobie badanej pokazuje się dwa pojemniki wypełnione koralikami w dwóch różnych kolorach. Koraliki rozmieszczone są w każdym z pojemników w nierównych proporcjach, przy czym proporcje te są odwrócone (np. 60% koralików białych i 40% czarnych w pierwszym pojemniku, 40% czarnych i 60% białych w drugim). Osoba badana jest informowana, ile koralików każdego koloru znajduje się w pojemnikach. Następnie pojemniki są zasłaniane, a badanemu mówi się, że jeden z nich zostanie losowo wybrany i pochodzące z niego koraliki będą mu po kolei pokazywane. Na podstawie ich koloru osoba badana ma wnioskować, z którego pojemnika pochodzą. Dodatkowo po obejrzeniu każdego z kolejno pokazywanych koralików badany decyduje, czy chce oglądać ich więcej, czy też jest gotów podjąć decyzję na podstawie już zgromadzonych informacji. Kolejność koralików pokazywanych badanemu jest ustalana w oparciu o rzeczywiste proporcje kolorów w danym pojemniku, ale osobę badaną informuje się, że kolejność ta jest losowa. W jednej z wersji tego zadania pomiarowi podlega liczba koralików, które badany obejrzał, zanim podjął decyzję (draws to decision – DTD). Osoby badane mogą oglądać tyle koralików, ile zechcą, zanim zdecydują, z którego pojemnika one pochodzą. W innej wersji liczona jest ilość koralików oglądanych przez badanego do momentu, w którym deklaruje on, że jest pewien podjętej decyzji (draws to certainty – DTC). W tym przypadku po każdym „losowaniu” osoba badana określa swój stopień pewności, że koraliki pochodzą z konkretnego pojemnika. Wariantem tej procedury jest pomiar prawdopodobieństwa źródła pochodzenia koralika dokonywany po każdym losowaniu (probabilisty estimates – PE), bez konieczności ostatecznego decydowania. Osoba badana określa, czy koralik „zdecydowanie” pochodzi z danego pojemnika, „prawie na pewno” czy tylko „prawdopodobnie”. W tym wariantcie wskaźnikiem tendencji do przedwczesnego wnioskowania jest liczba losowań konieczna do wypracowania decyzji lub osiągnięcia wysokiego stopnia pewności.

W badaniach, w których wykorzystuje się opisaną wyżej procedurę, często manipuluje się proporcją koralików w celu zwiększenia trudności zadania. W klasycznej procedurze stosuje się proporcję 85:15, podczas gdy w zadaniach o większym stopniu trudności typowa proporcja to 60:40. Zwiększenie stopnia trudności osiąga się także

poprzez zwiększenie liczby pojemników wypełnionych koralikami [6]. Istnieje także emocjonalny wariant tego zadania, w którym wykorzystuje się materiał odnoszący się bezpośrednio do badanego [8, 21, 22]. W zadaniu tym badany początkowo generuje listę przymiotników – pozytywnych i negatywnych określeń, które opisują jego osobę, lub też wybiera takie określenia z listy cech osobowości. Następnie na skali od 1 do 100 szacuje, w jakim stopniu wierzy, że dane słowo go opisuje. Osobę badaną informuje się, że przymiotniki wskazane w samoopisach zostaną użyte do stworzenia ankiet, w których inne osoby wyrażą swoją opinię na jego temat, przypisując mu poszczególne cechy. Następnie badany dowiaduje się, że w jednej z tego typu ankiet wzięło udział 100 osób, 60 wyraziło pozytywną opinię o badanym, a 40 negatywną, w drugiej – 60 negatywną, a 40 pozytywną. Przymiotniki są po kolei czytane badanemu w z góry ustalonej kolejności, a jego zadaniem jest zdecydowanie, z której ankiety pochodzą. Podobnie jak w warunku neutralnym, po wysłuchaniu każdego z opisów badany decyduje, czy chce słuchać kolejnych przymiotników, czy też jest gotów podjąć decyzję.

### **Zjawisko przedwczesnego wnioskowania u osób z urojeniami**

Wyniki badań przeprowadzonych w paradygmacie zadania z koralikami wskazują, że osoby z urojeniami podejmują decyzję o tym, z którego pojemnika pochodzą pokazywane im koraliki, po obejrzeniu mniejszej ich liczby niż osoby zdrowe. Tendencja ta ujawnia się szczególnie wyraźnie w łatwej wersji zadania, w której liczba koralików jednego koloru jest dużo większa od ich liczby w drugim kolorze. W tych warunkach osoby z urojeniami zazwyczaj podejmują decyzję po obejrzeniu tylko jednego lub dwu koralików. W wersji trudniejszej liczba koralików oglądanych przez osoby z urojeniami jest zazwyczaj większa niż w wersji łatwej, ale nadal oglądają ich mniej niż osoby zdrowe. Osoby z urojeniami ujawniają tendencję do przedwczesnego podejmowania decyzji także w emocjonalnej wersji wspomnianego zadania, w której neutralne koraliki zastępuje się opiniami o osobie badanej [8, 21]. W warunkach emocjonalnych skłonność do pochopnego wnioskowania wydaje się też bardziej nasilona niż w warunkach neutralnych emocjonalnie, choć różnice nie zawsze są istotne statystycznie [21, 22]. Badania z wykorzystaniem neutralnego zadania z koralikami, w których mierzono także stopień, w jakim badany jest pewien raz podjętej decyzji, ujawniły, że osoby z urojeniami zazwyczaj deklarują większy stopień takiej pewności niż osoby zdrowe [23]. Pomiar pewności, z jaką podejmowana jest decyzja, jest dobrym predykatorem podatności przekonań urojeniowych na zmiany – im mniejszą pewność deklaruje badany, tym większa będzie skuteczność działań terapeutycznych mających na celu zmianę tych przekonań. Ponadto w zadaniach neutralnych wnioski formułowane przez osoby z urojeniami na podstawie ograniczonych danych często są bardziej trafne niż decyzje osób zdrowych i pacjentów z zaburzeniami innymi niż urojeniowe – zazwyczaj wybierają one ten pojemnik, z którego rzeczywiście pochodzą koraliki [10]. Trafność podejmowanych decyzji obniża się jednak w warunku emocjonalnym, w którym zamiast koralików stosuje się opinie o badanym [21].

Analiza wyników uzyskiwanych przez osoby zdrowe w tego typu badaniach pozwoliła na sformułowanie kilku hipotez na temat związku między zjawiskiem przed-

wczesnego wnioskowania a tworzeniem się i utrzymywaniem urojeń. Po pierwsze pochopne wyciąganie wniosków wydaje się tendencją wynikającą raczej z błędów popełnianych na etapie zbierania informacji potrzebnych do podjęcia decyzji niż efektem zaburzeń w zakresie myślenia probabilistycznego [3, 21]. Osoby z urojeniami podejmują decyzje szybciej niż osoby zdrowe, ponieważ poddają analizie niewielką liczbę danych, natomiast w samym procesie wnioskowania poprawnie wykorzystują zebrane już informacje [21]. Po drugie – istotną cechą przedwczesnego wyciągania wniosków jest także skłonność do ignorowania wcześniejszych danych wtedy, gdy pojawiają się nowe, sprzeczne z nimi fakty (disconformatory bias) [24, 25]. Osoby te są mniej skłonne zmieniać przyjęte wcześniej interpretacje na podstawie dowodów sprzecznych z ich sądami. Może to być wynikiem braku wpływu informacji zgromadzonych w pamięci na dane analizowane w bieżącej chwili [26]. Jeśli zmieniają raz podjętą decyzję w kierunku nowych dowodów, to w niewielkim stopniu korzystają z przeszłych doświadczeń, koncentrując się raczej na bieżących informacjach niż na danych przechowywanych w pamięci. W konsekwencji podejmują bardziej liberalne decyzje, traktując każdą alternatywę jako równie wiarygodną [27, 28]. W związku z tym w warunkach, kiedy poprawna interpretacja nie jest możliwa ze względu na niejednoznaczność danych, zaakceptowana może zostać nawet absurdalna teza nieoparta wystarczającą liczbą dowodów, co przyczynia się do tworzenia urojeń. Kolejne fakty, konkurencyjne wobec przyjętych już hipotez, powodują ponowne dostosowywanie ocen, czyli odrzucenie wcześniejszych wniosków i sformułowanie innych, równie mało prawdopodobnych, co stanowi podłoże nowych, błędnych przekonań.

Pochopne wyciąganie wniosków bywa także rozważane w kategoriach impulsywności lub motywacji do szybkiego zakończenia zadania. Może ono stanowić strategię pozwalającą na uniezależnianie decyzji od napływających informacji [8]. Fine i wsp. [29], a także White i Mansel [11] zwracają także uwagę, że hipoteza dążenia do zakończenia zadania nie wyjaśnia, dlaczego osoby z urojeniami zwiększają ilość analizowanych danych w warunkach, gdy wzrasta poziom trudności zadań [8, 13, 21]. Hipotezy tej nie potwierdziły także badania Moritza i wsp. [30], w których ocena motywacji do jak najszybszego zakończenia zadania była oceniana bezpośrednio, na podstawie subiektywnych opinii osób badanych.

Dudley i Over [10] zaproponowali interpretację, według której osoby doświadczające urojeń prezentują sposób rozumowania zbliżony do tego, jaki charakteryzuje osoby zdrowe. Podobnie jak osoby bez zaburzeń myślenia dążą one do potwierdzania i sprawdzania komunikatów związanych z zagrożeniem, jednak robią to także w sytuacjach neutralnych. Osoby te dostrzegają zagrożenie częściej niż inni, także w miejscach i sytuacjach, w których obiektywnie go nie ma, rozszerzają więc potwierdzający styl wnioskowania na sytuacje obiektywnie neutralne, w których aktywnie szukają dowodów wrogości, co przyczynia się do powstawania urojeń. Osoby z urojeniami, dążąc do potwierdzenia hipotezy o niebezpieczeństwie, rozważają mniej hipotez na temat alternatywnych przyczyn zdarzeń i szybciej podejmują decyzje, unikając w ten sposób wątpliwości, które mogłyby się pojawić, gdyby poddały analizie większą liczbę danych.

## **Specyfika tendencji do przedwczesnego wnioskowania w odniesieniu do urojeń**

W większości przeprowadzonych dotychczas badań porównywano szybkość podejmowania decyzji przez pacjentów, u których urojenia występowały w przebiegu schizofrenii, oraz przez osoby z diagnozą innych zaburzeń psychicznych bez towarzyszących urojeń lub z grupą kontrolną złożoną z osób zdrowych. Taki dobór badanych nie pozwalał na jednoznaczne stwierdzenie, czy tendencja do przedwczesnego podejmowania decyzji jest konsekwencją zaburzeń powiązanych raczej ze schizofrenią czy skutkiem występowania samych tylko urojeń. Problem specyficzności związku pochoopnego podejmowania decyzji z urojeniami badali Moritz i Woodward [6]. Autorzy porównali wyniki uzyskane przez dwie grupy osób chorych na schizofrenię: pacjentów z urojeniami i bez urojeń, a także przez grupę złożoną z pacjentów z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami lękowymi i zaburzeniami osobowości. Osoby chore na schizofrenię, u których potwierdzono występowanie urojeń, ujawniały skłonność do pochoopnego podejmowania decyzji istotnie częściej niż chorzy bez urojeń oraz pacjenci z diagnozami zaburzeń innych niż schizofrenia. Pochopne podejmowanie decyzji okazało się także skorelowane z liczbą wcześniejszych hospitalizacji [6]. Natomiast Garety i wsp. [5] potwierdzili, że pochoopne wyciąganie wniosków cechuje osoby z diagnozą zaburzeń urojeniowych, u których nie stwierdza się objawów schizofrenii. Także Fine i wsp. [29] dokonali metaanalizy, która wskazuje, że przedwczesne wnioskowanie nie może być uznawane wyłącznie za spowodowane innymi niż urojenia objawami schizofrenii. Z drugiej strony – w badaniach Lincolna i wsp. [9] liczba wylosowanych koralików potrzebnych do podjęcia decyzji była związana zarówno z urojeniami, jak i z obecnością negatywnych objawów schizofrenii. Ponadto tendencja do przedwczesnego wnioskowania występuje także u osób podatnych na urojenia [19] i u osób podatnych na zaburzenia psychiczne [15, 18]. Sugeruje to, że pochoopne wyciąganie wniosków stanowi raczej część podatności poznawczej, która przyczynia się do powstania tendencji paranoicznych [31].

## **Psychologiczne korelaty skłonności do pochoopnego wnioskowania**

Podjęmowano także próby poszukiwania związków przedwczesnego podejmowania decyzji z różnymi zmiennymi natury emocjonalnej, społecznej i psychopatologicznej. Konstrukty, takie jak lęk i depresja, wydają się nie odgrywać istotnej roli w procesie przedwczesnego wnioskowania [31, 32], co wyklucza jego wyłącznie emocjonalne podłoże. Nie została także potwierdzona rola potrzeby poznawczego domknięcia (need for closure – NFC), czyli potrzeby posiadania pewnej, „ostatecznej” wiedzy na dany temat pozwalającej uniknąć niepewności, jako motywacji do pochoopnego podejmowania decyzji [32, 33]. Istnieją wprawdzie dane świadczące o tym, że osoby z urojeniami ujawniają podwyższony poziom NFC [19, 34], ale sam jej poziom nie koreluje z poziomem wykonania zadań z koralikami. Tak więc u osób z urojeniami potrzeba poznawczego domknięcia i skłonność do pochoopnego podejmowania decyzji w tym przypadku wzajemnie od siebie nie zależą [19]. Istotnymi predyktorami przedwczesnego wnioskowania okazał się jedynie wysoki poziom wiary w urojenio-

we przekonania [32], przy czym znaczącą rolę wydaje się odgrywać siła przekonań urojeniowych, a nie sama ich obecność. Nie wszystkie badania potwierdzają jednak wspomnianą zależność [14, 17]. Postulowano także związek tendencji do pochopnego wnioskowania z poziomem inteligencji. Kontrolowanie wpływu inteligencji na szybkość podejmowania decyzji u osób z urojeniami powoduje, że efekt pochopnego wnioskowania zmniejsza się do rozmiarów nieistotnych statystycznie [9, 31]. Związek inteligencji werbalnej i numerycznej z poziomem wykonania zadań z koralikami okazuje się bardziej istotny w trudniejszej wersji zadania, w której proporcje koralików różnego koloru są do siebie zbliżone [9]. Tendencja do pochopnego wnioskowania nie jest więc tożsama z inteligencją i nie może być wyjaśniana wyłącznie przez odwołanie do tej jednej zmiennej [9].

### **Czynniki modyfikujące tendencję do pochopnego wnioskowania**

Wyniki badań dotyczących możliwości wpływania na tendencje do pochopnego wyciągania wniosków nie przyniosły jednoznacznych rezultatów. Peters i Garety [7] ustalili, że tendencja ta jest obecna zarówno w trakcie epizodu psychiatrycznego, jak i w remisji – nie jest więc zależna od stopnia nasilenia objawów. Stabilność tendencji do pochopnego podejmowania decyzji potwierdza także obecność tej cechy u osób z grup ryzyka, u których nie występują urojenia [18, 19], a także u chorych w trakcie pierwszego epizodu schizofrenii [16]. Dudley i wsp. [13] wykazali, że w przypadku zadania z koralikami zmiany nasilenia wspomnianej tendencji w większym stopniu zależą od stopnia trudności zadania, czyli od proporcji koralików umieszczonych w pojemnikach niż od stanu pacjenta. Nie wszystkie badania potwierdzają jednak tę zależność [6]. Tendencja do pochopnego wnioskowania wydaje się także narastać w sytuacji stresu indukowanego w warunkach eksperymentalnych, co wskazuje na możliwość wpływania na nią poprzez manipulację kontekstem sytuacyjnym [35].

Lincoln i wsp. [9] potwierdzili możliwość modyfikowania tendencji do pochopnego wyciągania wniosków u pacjentów chorych na schizofrenię z urojeniami, u osób w remisji i w grupie kontrolnej osób zdrowych w odpowiedzi na zmiany w stopniu trudności zadania z koralikami, a także w reakcji na informację zwrotną. Zaproponowane przez nich zadanie zawierało także warunki ryzyka w postaci możliwości uzyskania korzyści finansowej lub poniesienia straty. Badany otrzymywał żetony za każdą poprawną decyzję i tracił je, jeśli decyzja okazała się błędna. Wykazali oni [9], że pacjenci z aktywnymi urojeniami częściej niż osoby zdrowe i pacjenci w remisji podejmują decyzje po obejrzeniu jednego lub dwu koralików, a także są mniej trafni w swoich decyzjach, potrafią jednak modyfikować je w przypadku zmiany ogólnych warunków zadania. Wraz ze wzrostem trudności zadania oraz pojawianiem się informacji zwrotnej pacjenci zwiększali ilość informacji zbieranych przed podjęciem decyzji, wciąż jednak decydowali wcześniej niż osoby w remisji i osoby zdrowe. Zmian w szybkości podejmowania decyzji nie spowodowało natomiast wprowadzenie samego tylko elementu ryzyka, co prawdopodobnie było wynikiem przedstawionej badanym instrukcji podkreślającej konieczność szybkiego reagowania. W omawianych badaniach największą podatność na zmiany w zakresie tendencji do pochopnego



reagowania ujawnili pacjenci w remisji, co sugeruje, że wspomniana tendencja może podlegać modyfikacjom.

### **Podsumowanie**

Wyniki dotychczasowych badań sugerują, że przedwczesne wnioskowanie może być istotnym czynnikiem sprzyjającym nabywaniu urojeniowych twierdzeń i podtrzymywaniu ich. Ponadto wydaje się, że tendencja do podejmowania decyzji na podstawie ograniczonej liczby danych może odgrywać zasadniczą rolę także w akceptowaniu i potwierdzaniu przekonań urojeniowych, a nie tylko w ich inicjowaniu. Dotychczasowe badania wskazują, że „pochopny” styl wnioskowania ujawnia się w odniesieniu do każdego rodzaju materiału, w tym także neutralnego, a nie tylko w odniesieniu do treści będących tematem urojeń. Zwrócenie uwagi na to zjawisko i pomoc osobom z zaburzeniami urojeniowymi w rozwijaniu umiejętności analizowania i syntezy danych, w tym także neutralnych, mogą sprzyjać osłabianiu błędnych przekonań. Założenie to stało się podstawą do sformułowania zasad poznawczo-behawioralnych interwencji mających na celu pracę ze zniekształconymi sposobami wnioskowania podtrzymującymi zaburzenia myślenia [36, 37].

### **Роль явления преждевременного вывода в появлении бреда**

#### **Содержание**

Результаты многочисленных исследований указывают на факт, что у лиц, чувствующих бредовые состояния, появляются нарушения выводов, состоящих в предпринятии решений на основе небольшого количества информации. Лица с признаками бреда формулируют выводы на основании небольшого числа фактов и не используют дополнительные данные, даже в условиях с доступными материалами. Эти лица декларируют также высший уровень уверенности до предпринятого решения. До сих пор проведенные исследования не объяснили, однако, каковы все же причины явления преждевременного вывода и какую роль оно имеет в появлении бреда. Статья обсуждает наиболее важные результаты исследований, относящиеся к явлению преждевременного вывода у лиц с бредом. Кроме того, в статье представлены главные гипотезы, объясняющие связи между преждевременными выводами и появлением нарушений мышления. К таким гипотезам относится объяснение к влиянию информации, сохраняющихся в памяти на процесс предпринятого решения, роли мотивировки для быстрого окончания задания, а также тенденции для подтверждения наличия сигналов угрозы в нейтральных ситуациях. Кроме выше указанных в статье обсуждены также вопросы специфичности явления поспешного вывода по отношению к бреду и его связи с такими изменчивыми как интеллигенция исследованных лиц и утяжеление бредовых состояний.

**Ключевые слова:** бред, выводы, предпринятие решения

### **Rolle vom voreiligen Schlussfolgern bei Wahnbildung**

#### **Zusammenfassung**

Die Ergebnisse vieler Untersuchungen beweisen, dass bei Wahnpatienten Störungen im Schlussfolgern auftreten, die darauf beruhen, dass die Entscheidungen auf der Grundlage weniger Informationen getroffen werden. Die Patienten mit Wahnbildung ziehen Schlüsse, die sich auf wenige Zahl der Tatsachen stützen und benutzen keine zusätzlichen Angaben, sogar wenn sie leicht zugänglich sind. Solche Personen zeigen einen höheren Level von Sicherheit im Hinblick auf die

einmal getroffene Entscheidung. Bisherige Untersuchungen haben nicht entschieden, wie die Ursachen des voreiligen Schlussfolgerns sind und welche Rolle sie bei der Entstehung der Wahnbildung spielen. Der Artikel bespricht die wichtigsten Ergebnisse der Studien an dem voreiligen Schlussfolgern bei den Personen mit Wahn. Er bespricht die Haupthypothesen, die die Zusammenhänge zwischen dem voreiligen Schlussfolgern und der Entstehung von Denkstörungen erläutern, darunter auch Hypothesen, die sich auf den Einfluss von Informationen aus dem Gedächtnis auf den Prozess der Entschlussfassung, Rolle der Motivierung zum schnellen Abschluss der Aufgabe und der Tendenz zur Bestätigung der Anwesenheit von Bedrohungssignalen in neutralen Situationen beziehen. Im Artikel wurde auch die Spezifität der Erscheinung des voreiligen Schließens im Bezug auf Wahn besprochen und ihre Zusammenhänge mit solchen Variablen wie Intelligenz der Befragten und Intensität der Wahnüberzeugungen.

**Schlüsselwörter:** Wahn, Schlussfolgern, Entscheidungen treffen

### **Le rôle de la formation des conclusions précoces et biaisées (« jumping to conclusion bias ») dans le délire**

#### **Résumé**

Plusieurs recherches attestent que chez les personnes qui souffrent du délire on note les troubles du raisonnement consistant à la prise de décision à la base des informations peu nombreux. Ces personnes formulent leurs conclusions en basant sur peu de faits et elles ne prennent en considération des données supplémentaires bien qu'elles soient accessibles facilement. Elles sont aussi très sûres quant à leur décision prise. A présent les recherches n'expliquent pas des causes de ce phénomène des conclusions précoces et quel rôle il joue dans le développement du délire. Cet article présente les recherches en question, surtout les hypothèses expliquant les relations des conclusions précoces et des troubles de penser y compris l'influence des informations gardées dans la mémoire sur le procédé de prendre la décision, du rôle des mobiles dans la finition de cette tâche. L'article parle encore de la spécificité de ce processus de conclusion précoce en relation au délire et de ses relations avec tels facteurs que le niveau de l'intelligence et l'intensité du délire des personnes examinées.

**Mots clés :** délire, raisonnement biaisé, prise de décision précoce

#### **Piśmiennictwo**

1. Huq SF, Garety PA, Hemsley DR. *Probabilistic judgments in deluded and non – deluded subjects*. Q. J. Exp. Psychol. A 1988; 40: 801–812.
2. Fear CF, Healy D. *Probabilistic reasoning in obsessive – compulsive and delusional disorders*. Psychol. Med. 1997; 27: 199–208.
3. Garety PA, Freeman D. *Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence*. Br. J. Clin. Psychol. 1999; 38: 113–154.
4. Garety PA, Hemsley DR. *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
5. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. *Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task*. J. Nerv. Ment. Dis. 1991; 179: 194–201.
6. Moritz S, Woodward TS. *Jumping to conclusion in delusional and non – delusional schizophrenic patients*. Br. J. Clin. Psychol. 2005; 44: 193–207.
7. Peters ER, Garety PA. *Cognitive functioning in delusions: a longitudinal analysis*. Behav. Res. Ther. 2006; 44: 481–514.
8. Young HF, Bentall RP. *Probabilistic reasoning in deluded, depressed and normal subjects: Effects of task difficulty and meaningful versus non-meaningful material*. Psychol. Med. 1997; 27: 455–465.



9. Lincoln TM, Ziegler M, Mehl S, Rief W. *The jumping to conclusions bias in delusions: Specificity and changeability*. J. Abnorm. Psychol. 2010; 119(1): 40–49.
10. Dudley R, Over DE. *People with delusions jump to conclusions: a theoretical account of research findings on the reasoning of people with delusions*. Clin. Psychol. Psychother. 2003; 10: 263–274.
11. White LO, Mansell W. *Falling to ponder? Delusion – prone individuals rush to conclusion*. Clin. Psychol. Psychother. 2009; 16: 111–124.
12. Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG i wsp. *Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis*. J. Abnorm. Psychol. 2005; 114(3): 373–384.
13. Dudley RE, John CH, Young AW, Over DE. *Normal and abnormal reasoning in people with delusions*. Br. J. Clin. Psychol. 1997; 36: 243–258.
14. Mortimer AM, Bentham P, McKay AP, Quemada I, Clare L, Eastwood N i wsp. *Delusions in schizophrenia: A phenomenological and psychological exploration*. Cogn. Neuropsychiatry 1996; 1: 289–303.
15. Van Dael F, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeys I, van Os J, Krabbendam L. *Data gathering: Biased in psychosis?* Schizophr. Bull. 2006; 32: 341–351.
16. Dudley R, Shaftoe D, Cavanagh K, Spencer H, Ormrod J, Turkington D i wsp. *Jumping to conclusions in first-episode psychosis*. Early Interv. Psychiatry 2011; 5(1): 50–56.
17. Peters E, Day S, Garety PA. *A longitudinal study of cognitive abnormalities in delusions at different levels of information processing*. Schizophr. Res. 1999; 36: 180.
18. Broome M, Johns LC, Valli I. *People with an at risk mental state jump to conclusions*. Br. J. Psychiatry 2007; 191: 38–42.
19. Colbert SM, Peters ER. *Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion prone individuals*. J. Nerv. Ment. Dis. 2002; 190: 27–31.
20. Phillips LD, Edwards W. *Conservatism in a simple probabilistic interference task*. J. Exp. Psychol. 1966; 72: 346–354.
21. Dudley R, John CH, Young AW, Over DE. *The effect of self referent material on the reasoning of people with delusions*. Br. J. Clin. Psychol. 1997; 36: 575–584.
22. Warm DM, Martin JM. *Jumping-to-conclusions and delusion – proneness: The impact of emotionally salient stimuli*. J. Nerv. Ment. Dis. 2006; 194: 760–765.
23. Peters ER, Garety PA. *Cognitive functioning in delusions: a longitudinal analysis*. Behav. Res. Ther. 2006; 44: 481–514.
24. Freeman D, Garety PA, Fowler D. *Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation*. J. Consult. Clin. Psychol. 2004; 72: 671–680.
25. McKay R, Langdon R, Coltheart M. *Need for closure, jumping-to-conclusions, and decisiveness in delusion – prone individuals*. J. Nerv. Ment. Dis. 2006; 194: 422–426.
26. Hemsley DR. *An experimental psychological model of schizophrenia*. W: Hafner H, Gattaz WF, Janzarik W. red. *Search for the causes of schizophrenia*. New York: Springer; 1987. s. 179–188.
27. Moritz S, Woodward TS. *Plausibility judgment in schizophrenic patients: Evidence for a liberal acceptance bias*. Ger. J. Psychiatry 2004; 7: 66–74.
28. Moritz S, Woodward TS, Hausmann D. *Incautious reasoning as a pathogenetic factor for the development of psychotic symptoms in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2006; 32: 327–331.
29. Fine C, Gardner M, Craigie JI, Gold I. *Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions*. Cogn. Neuropsychiatry 2007; 12: 46–77.
30. Moritz S, Woodward TS, Lambert M. *Under what circumstances do patients with schizophrenia jump to conclusions? A liberal acceptance account*. Br. J. Clin. Psychol. 2007; 46: 127–137.

31. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kinderman P, Howard R, Blackwood N i wsp. Corcoran R. *The cognitive and affective structure of paranoid delusions: A transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression*. Arch. Gen. Psychiatry 2009; 66(3): 236–247.
32. Freeman D, Pugh K, Garety P. *Jumping to conclusions and paranoid ideation in the general population*. Schizophr. Res. 2008; 102: 254–260.
33. Freeman D, Garety P, Kuipers E, Colbert S, Jolley S, Fowler D. *Delusions and decision-making style: use of the need for closure scale*. Behav. Res. Ther. 2006; 44: 1147–1158.
34. Bentall RP, Swarbrick R. *The best laid schemas of paranoid patients*. Psychol. Psychother. Theor. Res. Pract. 2003; 76(2): 163–171.
35. Lincoln TM, Lange J, Burau J, Exner C, Moritz S. *The effect of state anxiety on paranoid ideation and jumping to conclusions: an experimental investigation*. Schizophr. Bull. 2010; 36(6): 1140–1114.
36. Gawęda Ł, Moritz S, Kokoszka A. *Podstawy teoretyczne treningu metapoznawczego dla chorych na schizofrenię*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(6): 671–682.
37. Gawęda Ł, Moritz S, Kokoszka A. *Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(6): 683–692.

Adres: Katarzyna Prochwicz  
Instytut Psychologii UJ  
31-120 Kraków, al. Mickiewicza 3

Otrzymano: 1.02.2012  
Zrecenzowano: 25.09.2012  
Otrzymano po poprawie: 18.10.2012  
Przyjęto do druku: 3.10.2013